

# Devenir des salariés licenciés suite à une inaptitude au poste de travail en Vaucluse de 2002 à 2004

Follow up of workers declared medically unfit on workstation in the Vaucluse from 2002 to 2004

C. Buchet<sup>1\*</sup>, A. Col<sup>1</sup>, B. de Labrusse<sup>1</sup>, H. Rigaut<sup>2</sup>, AM. Masse<sup>3</sup>

1, Association interentreprises de santé au travail d'Avignon (AIST Avignon), BP 779, 84036 Avignon Cedex 9

2 Santé au Travail Durance Luberon, BP 39 84301, Cavaillon Cedex 9,

3 Groupement médicosocial de Carpentras (GMSI Carpentras), 214, rue Edouard Daladier 84200, Carpentras

TC :Inaptitude au travail en Vaucluse

## Résumé

Objectifs:

-Préciser le devenir des salariés déclarés inaptes à leur poste - mettre en évidence les relations possibles avec des facteurs de pénibilité physique et/ou psychosociale au travail

Méthode:

Cette enquête a été proposée à l'ensemble des médecins du travail interentreprises du Vaucluse. Sur les 53 médecins concernés, 24 ont accepté d'y participer. Un questionnaire-type a été adressé à l'ensemble des salariés déclarés inaptes au cours des années 2002 à 2004. Les résultats ont été complétés à l'aide du dossier médical, afin d'approcher au plus près les paramètres médicaux. L'ensemble des données a été traité, de façon anonyme, grâce à la collaboration du département de statistique et de traitement des données de l'IUT de technologie de l'université d'Avignon, ce qui a permis d'améliorer

---

\* Auteur correspondant  
E-mail : c.buchet@aist-avignon.net

fortement la valeur épidémiologique de l'enquête. Sur les 1115 questionnaires envoyés, 456 sont revenus dont 393 (soit 86%) ont pu être exploités.

#### Résultats:

Nous avons dégagé quelques caractéristiques des salariés déclarés inaptes: un tiers de ceux-ci ont plus de 50 ans ;il existe une surreprésentation féminine. Avant l'inaptitude 30% des salariés sont déclarés travailleurs handicapés et 19% sont en invalidité. Le reclassement est considéré comme réellement impossible dans l'entreprise pour 72% des salariés. La décision médicale d'inaptitude est apparue comme justifiée pour 86 % des salariés, injustifiée pour 8%, très minoritaire Les pathologies a l'origine de l'inaptitude, sont à 55 % des cas ostéo-articulaires. et pour 17 % anxio-dépressives. Une origine professionnelle a été reconnue pour 25 % des cas ( accident de travail, accident sur le chemin du travail, maladie professionnelle).Les médecins du travail, cependant, considèrent que la pathologie en cause serait la conséquence du travail dans 50% des cas. La fréquence du retour à l'emploi est faible : 22,5 % des cas. : celui-ci est favorisé par la réalisation d'une formation professionnelle après l'inaptitude. Il existe une perte de salaire 2 fois sur 3 ; le nouvel emploi est considéré comme adapté dans 80% des cas. Environ 7% des salariés se retrouvent dans une situation sociale très critique.

#### Conclusion:

Les inaptitudes au poste sont le plus souvent suivies de grosses difficultés de réinsertion professionnelle. Il est intéressant de noter que dans la moitié des cas les pathologies en causes sont considérées par les médecins comme ayant une origine professionnelle. Leur prévention nécessiterait une action sur ces facteurs de risques : pénibilité des postes, organisation du travail, facteurs psychosociaux... qui jouent un rôle actuellement bien reconnu sur les pathologies les plus représentées dans cette enquête. Nous avons été interpellés dans plusieurs cas par l'évolution vers une grande précarité et un sentiment

d'abandon devant les démarches à accomplir après le licenciement. Un accompagnement social personnalisé plus adapté est à envisager.

Mots-clés : Inaptitude-Licenciement-Pathologies-Retour à l'emploi

Follow up of workers declared medically unfit on workstation in the Vaucluse from 2002 to 2004

## **Summary**

Purpose of the study

- Clarify the future of employees who have been considered as unfit on their workstation
- Underline the possible connections with hard physical and/or psychological factors on workplace.

Method

This survey has been conducted by all the occupational practitioners in Vaucluse.

24 practitioners out of 53 agreed to take part in it A standard type questionnaire has been sent to employees who have been considered as unfit from 2002 to 2004.

The results have been completed with the help of medical files in order to come closer to the medical parameters. All the data have been handled anonymously thanks to the help of the statistics department and data processing at the University Technology Institute of Avignon. This allowed to improve a lot the survey epidemiological value. 456 questionnaires out of 1115 have been sent back to u and 393 could have been handled (86%).

Results

We have identified some features about the employees considered as unfit: a third of them is more than 50 and there are more women than men. Before being considered as unfit 30 percent of the employees are registered as disabled people and 19% as invalid ones. Reemployment is considered as really impossible in the company for 72 % of the employees. The medical decision of unfitness is appeared as being justified for 86 % of

the employees, and unjustified for 8 %. The pathologies which are at the origin of unfitness are most of the time osteoarticular or tendinous (53%) and anxiodepressive (17%)

A professional cause has been admitted in 25 % of the cases (Work accident, professional diseases, accident on working way) though the occupational practitioners consider that the implicated pathology would be a consequence of the physical or psychosocial heavy work in 50 % of the cases. Reemployment after dismissal is quite minority: 22.5 %. It is encouraged by a professional training after unfitness. In two out of three cases, there is a loss of salary; the new job is considered as being adapted in 80 % of the cases. About 7 % of the employees find themselves in a quite desperate social situation.

### Conclusion

Workstation unfitness is most of the time followed by important difficulties as far as professional rehabilitation is concerned. It is interesting to note that in half of the cases the implicated pathologies are considered by the occupational practitioners as being from professional origin. Their prevention would need an action on these risk factors: workstation heavy work, work organisation, psychosocial factors... that play a currently acknowledged role on the pathologies which are the most represented in this survey.

In some cases we have been very concerned about an evolution to an important precariousness and a feeling of abandonment due to the dismissal procedure.

A more adapted individual and social support has to be considered.

Keywords: Unfitness for work, dismissals, pathologies, return to employment

## **Introduction**

Les médecins du travail(MDT) sont amenés à établir une fiche d'aptitude du salarié à son poste de travail et parfois à décider d'une inaptitude à ce poste. La législation prévoit qu'en cas d'incompatibilité entre le poste de travail et l'état de santé du salarié, le MDT peut proposer un aménagement de poste ou une mutation. Cet acte est lourd de conséquences, car bien que l'employeur soit tenu de rechercher un reclassement pour son salarié ou d'aménager le poste de travail, le salarié peut être licencié en cas d'impossibilité de reclassement. Quelle est l'importance de ces échecs du maintien dans l'emploi ? Quelles en sont les causes ?

## **Objectifs de l'étude**

L'objectif premier est de préciser le devenir de ces salariés déclarés inaptes.

Il nous a paru intéressant de rechercher des indicateurs de santé qui nous permettraient de préciser les paramètres intervenant dans ces situations souvent dramatiques afin de les prévenir. La formation, le profil, ou encore certaines pathologies sont-ils un facteur de risque d'inaptitude ? Nous avons voulu de plus, à travers cette étude, mesurer les conséquences sociales et professionnelles de ces décisions d'inaptitude

## **Moyens et méthodes**

### **Méthodologie**

Une information sur l'action a d'abord été adressée à tous les médecins du Vaucluse par l'intermédiaire des directions des services de santé au travail du Vaucluse. Chaque médecin est bien sûr resté libre de sa participation à cette enquête.

Sur les 53 médecins concernés, 24 ont accepté de participer à l'enquête, répartis sur tous les services du département, sauf un service comprenant 3 médecins qui n'a pu participer faute de moyens pour retrouver les données nécessaires à la réalisation de l'enquête.

Un questionnaire type a ensuite été adressé à tous les médecins volontaires, comprenant une partie destinée au salarié et une partie destinée à être remplie par le médecin. Le

questionnaire a été élaboré par les médecins initiateurs de l'enquête, aidés du département de statistique et de traitement des données de l'Institut Universitaire de Technologie de l'université d'Avignon. Chaque médecin a recherché les salariés déclarés inaptes au cours des années 2002, 2003 et 2004 dans son secteur. A noter que les médecins nouvellement arrivés sur leur secteur ont ressorti les dossiers pris en charge par leur(s) prédécesseur(s). Le formulaire destiné au salarié a été envoyé à tous les salariés concernés, avec une note explicative de la démarche en cours. L'anonymat était garanti par un numéro attribué à chaque dossier et connu du seul médecin qui adressait le courrier. Au retour du questionnaire, les médecins participants ont complété la deuxième partie du questionnaire à l'aide du dossier, afin d'approcher au plus près les paramètres médicaux. Seuls les questionnaires ainsi remplis par le salarié et par le médecin ont été pris en considération pour l'enquête. Au total, 1145 questionnaires ont ainsi été envoyés, 146 questionnaires ne sont pas arrivés à destination et ont été retournés par les services postaux; 999 questionnaires sont donc parvenus aux salariés; 456 questionnaires sont revenus, 393 questionnaires ont pu être exploités (soit 39%). Les salariés n'ayant pas répondu ou n'ayant pu être joints par courrier (changement d'adresse par exemple), les données illisibles des questions ouvertes et les dossiers mal remplis ont été exclus de l'étude, ce qui peut constituer un biais de sélection. L'ensemble des données a été traité sur le logiciel SPHYNX, grâce à la précieuse collaboration de Mrs. Berthet et Bousquet, professeurs agrégés de mathématiques du département de statistique et de traitement des données de l'Institut universitaire de technologie de l'Université d'Avignon.

#### Logistique

Une infirmière d'un des services a centralisé et contrôlé l'ensemble des données. Elle a également supervisé la saisie des données.

#### Population

La proposition des inaptitudes par rapport à l'effectif total suivi par les médecins (246030 sur 3 ans) est de 0,49%. Une comparaison entre les taux d'inaptitudes déclarés dans le Vaucluse et par les médecins de l'enquête ne fait pas apparaître de différence significative, mais sur des proportions (0,5%) aussi proches de 0, les intervalles de confiance sont trop vagues pour être fiables. La population étudiée semble néanmoins cohérente vis-à-vis de l'ensemble de la population. [1] Sur les 456 questionnaires reçus, 393 ont été exploités (39%). Les 63 restants, incomplètement remplis, n'ont pas été utilisés. On peut considérer que le taux de réponse est bon.

## **Résultats**

### **Paramètres professionnels**

La répartition selon la catégorie socioprofessionnelle montre une prédominance des ouvriers qualifiés (109/393 soit 27,7%). La majorité des inaptitudes se retrouvent dans moins de 50 personnes ce qui correspond à la répartition de nos entreprises.

### **Répartition en fonction de l'âge et du sexe**

Il apparaît que 72 % ont débuté le travail avant l'âge de 21 ans. On peut penser qu'il s'agit de salariés occupant des postes peu qualifiés aux contraintes physiques importantes. La moyenne d'âge est de 46 ans. La distribution présente une forte dissymétrie avec un pic pour la tranche 51 à 55 ans. Un tiers des salariés mis inaptés a plus de 50 ans et on peut donc s'interroger sur les causes des inaptitudes prononcées chez les salariés plus jeunes: facteurs psychosociaux, limites physiques, désir de réorientation ?

La cohorte de notre population est composée de 51,4% de femmes et de 48,6% d'hommes. Pour comparaison, la population active du Vaucluse lors du recensement de 1999 se répartit en 44% de femmes et 56% d'hommes.

En comparant notre population avec celle de l'INSEE [10], nous constatons qu'il existe une surreprésentation féminine significative ( $p < 0,05$ ) des inaptitudes. Notre population se

compose de 51,4% de femmes contre 48,6% hommes tandis que suivant le recensement de 1999 la population des salariés dans le Vaucluse se répartie en 44% de femmes contre 56% d'hommes.

**Devenir des salariés après l'inaptitude**

Quatre vingt dix pour cent des salariés ont été licenciés, 3% ont été admis à la retraite, 1% a démissionné,

Dans les suites de l'inaptitude, 33 personnes seulement, soit 8,5% des salariés ont bénéficié d'une formation professionnelle.

**Retour à l'emploi**Après inaptitude, 22 ,6% des salariés ont retrouvé un emploi dont seulement 14,5% en CDI ; sachant que le questionnaire peut avoir été rempli jusqu'à 4 ans après le licenciement, ces valeurs paraissent faibles.(fig. 1)

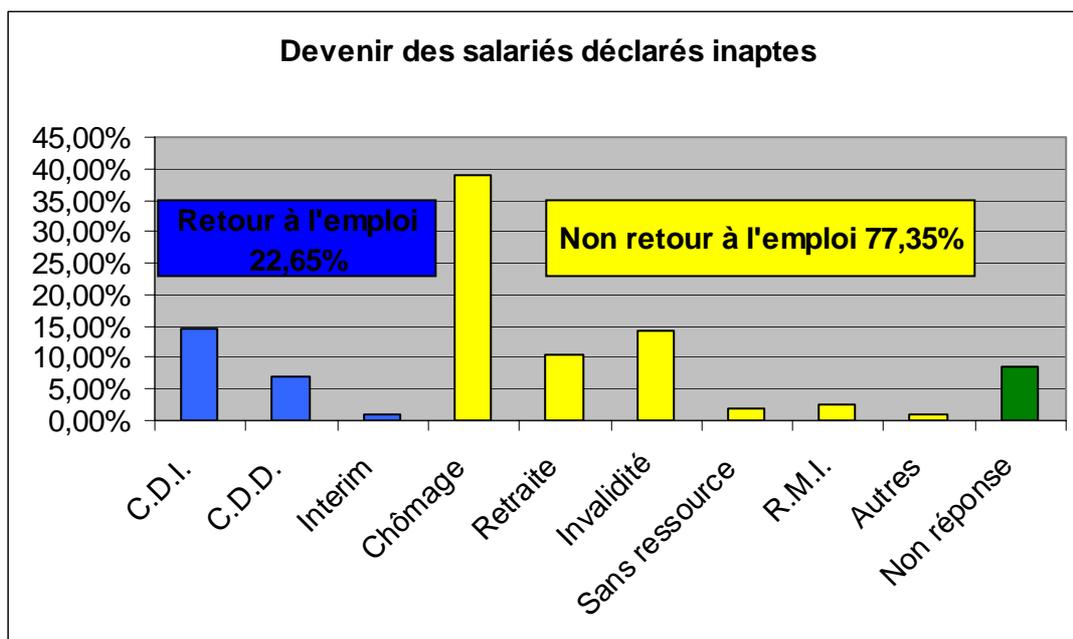


Figure 1 : Répartition des salariés en fonction de leur devenir après licenciement.

**Situation des personnes sans emploi**

Vingt et une personnes se retrouvent dans une situation sociale très critique (RMI, sans ressources...).

Point de vue du salarié :Quatre vingt un pour cent des 89 salariés qui ont bénéficié d'un retour à l'emploi estimaient que le nouveaux travail était adapté à leur état de santé ; 72 %

des salariés ont estimé qu'un reclassement n'était pas possible au sein de l'entreprise, alors que 19% estimaient au contraire qu'ils auraient pu être reclassés au sein de l'entreprise ;86 % des salariés ont jugé que la décision du médecin du travail était justifiée, mais près de 8% estimaient non justifiée la décision du médecin.

### Pathologie

#### Pathologies à l'origine de l'inaptitude

Nous avons retenu la pathologie principale à l'origine de l'inaptitude. Une grande majorité correspond à une maladie (70,74%), 16,03% à un accident du travail et 7,63% à une maladie professionnelle. Le graphique ci-dessous constitue une «carte» d'observation générale des pathologies (Fig. 2).

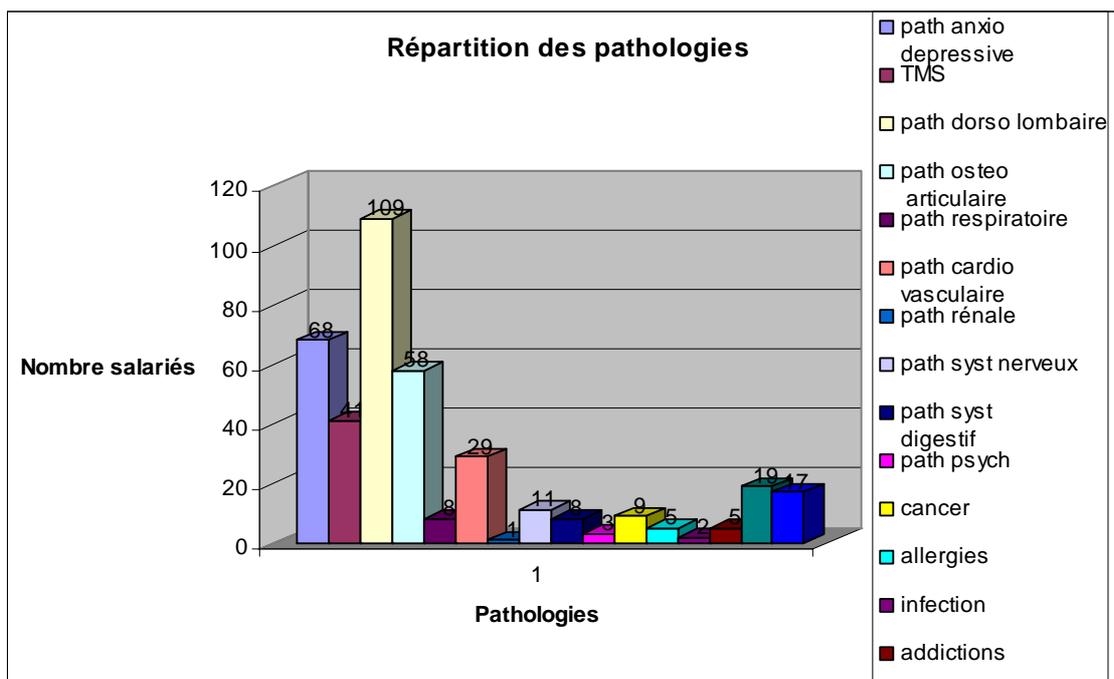


Figure 2 : Répartition du nombre de pathologies à l'origine de l'inaptitude.

La figure 3 nous donne la répartition des catégories des pathologies en fonction des tranches d'âge. On y trouve également la répartition homme / femme par tranche d'âge, ainsi que l'âge moyen des inaptitudes par pathologie causale. Nous avons repris la classification , pour ces tableaux, de la CIM 10. (tableau 1)

Pathologie cardio-vasculaire (colonne I): nous observons une augmentation de la fréquence, en fonction de l'âge, essentiellement chez les hommes, et apparition chez la



Fig 3 : Répartition par types de pathologies suivants la classification de la CIM10 (en abscisse) et par classe d'âge (en ordonnée). Chaque quadrilatère est proportionnel à la taille du groupe. Les surfaces bleues représentent les hommes et les surfaces roses, les femmes. Les points donnent l'âge moyen lors de l'inaptitude.

### Classification CIM 10

A-B	certaines maladies infectieuses et parasitaires (a00-b99)
C-D	tumeurs (c00-d48)
D	et des organes hématopoïétiques et certains troubles du système immunitaire (d50-d89)
E	maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques (e00-e90)
F	troubles mentaux et du comportement (f00-f99)
G	maladies du système nerveux (g00-g99)
H	maladies de l'œil et de ses annexes (h00-h59)
H	maladies de l'oreille et de l'apophyse mastoïde (h60-h95)
I	maladies de l'appareil circulatoire (i00-i99)
J	maladies de l'appareil respiratoire (j00-j99)
K	maladies de l'appareil digestif (k00-k93)
L	maladies de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané (l00-l99)
M	maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif (m00-m99)
N	maladies de l'appareil génito-urinaire (n00-n99)
O	grossesse, accouchement et puerpéralité (o00-o99)
P	certaines affections dont l'origine se situe dans la période périnatale (p00-p96)
Q	malformations congénitales et anomalies chromosomiques (q00-q99)
R	symptômes, signes et résultats anormaux d'examen clinique et de laboratoire, non classés ailleurs (r00-r99)
S-T	lésions traumatiques, empoisonnements et certaines autres conséquences de causes externes (s00-t98)
V-W-Y	causes externes de morbidité et de mortalité (v01-y98)
Z	facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé (z00-z99)

Tableau 1 : Répartition des pathologies en fonction de la classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes (CIM10)

### **Origine professionnelle de la pathologie ?**

Deux grandes familles monopolisent ces pathologies: les pathologies anxio-dépressives, encore une fois essentiellement féminines et les pathologies ostéo-tendino musculaires dont l'origine professionnelle est surtout présente pour les hommes (figure 4)

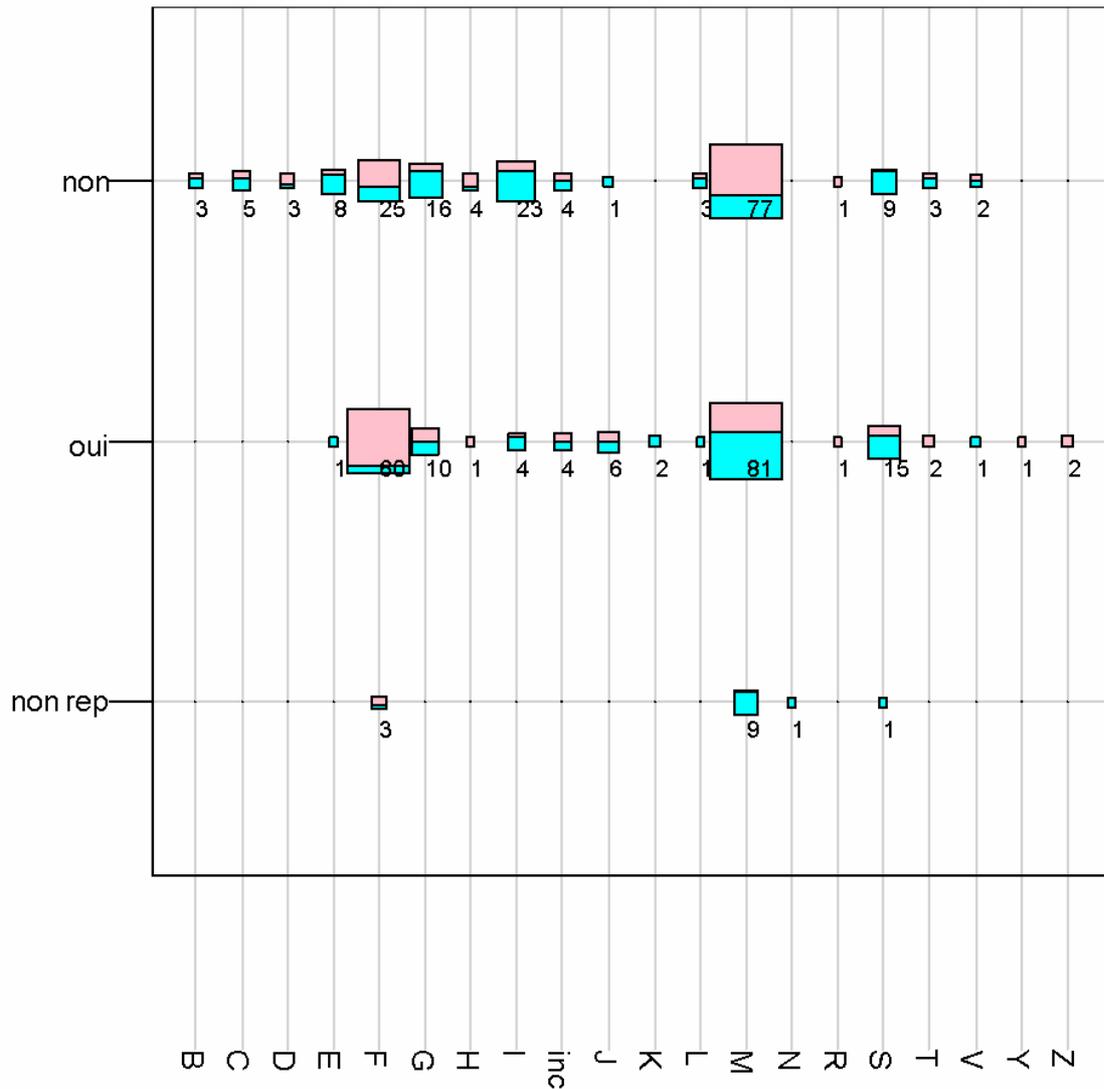


Fig. 4 : Deux catégories apparaissent manifestement en relation avec le travail, les troubles musculo-squeletiques chez le hommes et les troubles neuro comportementaux chez les femmes.

Les médecins du travail considèrent que dans près de 50% des cas, la pathologie en cause serait une conséquence du travail

**Visites de pré reprise**

Sur les 393 dossiers, 221 salariés (56.2 %) ont bénéficié d’une visite de pré reprise, dont la majorité à la demande du salarié.

**Analyse du retour à l’emploi**

Les données qui suivent ont été obtenues par croisement de plusieurs items.

Retour à l’emploi et durée de l’arrêt de travail

Plus la durée de l'arrêt de travail sera longue, plus le fait de retrouver un emploi sera difficile. En effet, pour une durée jusqu'à 6 mois d'arrêt maladie, près d'un tiers retrouveront du travail, alors que pour les personnes qui ont un arrêt de plus de 3 ans, le pourcentage de retour à l'emploi ne dépasse pas les 5%.

#### Sexe du salarié et retour à l'emploi

Le retour à l'emploi correspond à la proportion attendue entre les hommes et les femmes. Nous avons étudié la répartition des pathologies en fonction de la relation avec le travail, selon l'avis du médecin du travail.

Nous voyons par exemple que les pathologies anxio-dépressives représentent 32% des pathologies supposées en relation avec le travail. Les TMS ne représentent que 18,8% des pathologies en relation avec le travail.

#### **Rôle de la formation professionnelle**

La présence de formation professionnelle favorise le retour à un emploi environ 50 % des personnes formées retrouvent un emploi, contre seulement 20 % des personnes non formées.

#### **DISCUSSION**

Cette enquête a eu pour but de préciser le devenir des personnes licenciées suite à une inaptitude et à dégager des profils (âge, sexe, pathologies, taille d'entreprise, catégorie socio professionnelle...). L'utilisation d'un double questionnaire a permis d'en préciser quelques uns. Le nombre de décisions d'inaptitudes posées par les médecins participants au cours des trois années, ne fait pas apparaître de différence significative par rapport à celles de l'ensemble des médecins des services interentreprises du Vaucluse. La population étudiée semble représentative de l'ensemble de la population suivie par les services de santé au travail (SST). Sur les 457 questionnaires reçus, 393 ont pu être exploités. Les 64 restants, incomplètement remplis, n'ont pas été utilisés. On peut considérer que le taux de réponse est bon. Le pourcentage d'inaptitudes par rapport à

l'effectif suivi est de 0,49%. Nous nous situons dans la partie haute de la fourchette. des inaptitudes recensées dans la littérature [ 2, 3,4 6,8 ].

Avant l'inaptitude, 22% des salariés sont déclarés travailleurs handicapés et 19% sont en invalidité. En effet, les médecins du travail incitent souvent les salariés en difficultés à demander une reconnaissance de statut de travailleurs handicapés afin de favoriser leur reclassement.

D'après nos réponses, 112 salariés auraient été mis inaptes sans arrêt de travail préalable. Compte tenu de nos expériences personnelles, on peut se demander si la question a été bien comprise par les salariés interrogés, ou si les réponses n'ont pas été biaisées par le fait que les salariés n'étaient pas en arrêt le jour de la reprise. Sur les 393 dossiers, 221 (56,2%) salariés ont bénéficié d'une visite de pré reprise, dont la majorité à la demande du salarié. Cette consultation est un moment privilégiée pour mettre en place une démarche pluridisciplinaire en vue d'un reclassement. Ne devrait-elle pas être plus systématique et plus précoce? L'âge moyen des inaptitudes est de 46 ans. Dans les autres études, il est varié de 44 à 58 ans [ 3,4,7,] Un tiers des salariés mis inaptes a plus de 50 ans et on peut donc s'interroger sur les causes des inaptitudes prononcées chez les salariés plus jeunes: facteurs psychosociaux, limites physiques, désir de réorientation. La majorité des personnes inaptes se retrouve dans la population des personnes ayant commencé le travail avant 21 ans, dont on peut penser qu'il s'agit de salariés occupant des postes peu qualifiés, aux contraintes physiques importantes. Cette hypothèse est corroborée par la littérature [3]. La répartition hommes femmes corrélée avec les chiffres de l'INSEE[10] nous donnent une surreprésentation féminine. Cette répartition varie en fonction des tranches d'âge (tableau 3) Pour l'étude bretonne de Lavenaire [6] Les hommes prédominent aussi dans la tranche d'âge des plus de 50 ans.

On note que 75% des inaptitudes apparaissent dans les entreprises de moins de 50 personnes, ce qui correspond à la répartition de nos entreprises. Cette distribution varie

entre les grandes et les petites entreprises dans les différentes études [1,4,9]. La répartition par CSP montre une surreprésentation des ouvriers qualifiés et des employés de commerce, comme dans l'étude de l'ACMS [9]. Dans les autres études, on retrouve essentiellement les ouvriers [1,3,]. Quelle pourrait être l'origine de cette surreprésentation des employés du commerce ?

Les pathologies à l'origine de l'inaptitude sont très majoritairement dorsolombaires, conformément à l'ensemble des études (28%), anxio-dépressives (17%), ostéo-articulaires (15%) ou tendineuses (10,4%). Nous avons croisé l'origine professionnelle avec les pathologies en cause. Nous observons alors que les pathologies anxio-dépressives sont dans 66% des cas d'origine professionnelle. Elles représentent un tiers des pathologies à caractère professionnel.

Nous observons une augmentation de la fréquence des pathologies cardio-vasculaires en fonction de l'âge essentiellement chez les hommes. Chez la femme, on note à partir de 50 ans une augmentation des pathologies de l'appareil oculo-moteur. On constate que ce sont essentiellement les femmes qui sont les victimes de pathologies anxio-dépressives, avec un âge moyen de 44 ans. Le maximum de représentation se situe dans la classe de 45-50 ans. Il existe une origine professionnelle reconnue dans 25% des cas (AT, MP, accident de trajet). Dans la littérature, elle est de 30 à 35% [1,4,6,9]. Les médecins considèrent eux que la pathologie en cause serait une conséquence de la pénibilité physique ou psychosociale du travail dans 50% des cas.

Le reclassement est considéré comme réellement impossible dans l'entreprise pour 72% des salariés, alors que 19% des salariés estiment qu'ils auraient pu être reclassés au sein de l'entreprise. La décision médicale d'inaptitude est apparue comme justifiée pour 86 % des salariés, injustifiée pour 8%.

### **Après l'inaptitude :**

Cinq salariés ont préféré démissionner. On peut se demander pourquoi ces salariés ont démissionné alors que le licenciement leur est financièrement plus favorable.

Le questionnaire peut avoir été complété jusqu'à quatre ans après le licenciement et malgré ce long délai, le retour à l'emploi reste minoritaire : 22,8%. Pour les autres études, le taux est de 16,5% [4]. L'ACMS [9], a un résultat beaucoup plus satisfaisant, vraisemblablement en raison de l'appui d'une assistante sociale.

Nous avons constaté que les personnes atteintes de troubles anxio-dépressifs accèdent plus facilement à un nouvel emploi que les salariés atteints de pathologies de l'appareil locomoteur.

La formation professionnelle est une solution de choix. En effet, une personne sur deux retrouve un emploi contre une personne sur cinq n'ayant pas bénéficié de cet avantage. Malheureusement, seulement 8,5% des salariés s'inscrivent dans cette démarche. Ces formations sont plus fréquentes dans les TPE (entreprises de 1 à 10 salariés). Il est à noter que la formation n'influence pas sur le type de contrat.

Les salariés ont déclarés que le nouvel emploi est adapté dans 80% des cas. Quinze pour cent d'entre eux ont retrouvé un emploi stable.

Dans le cas du retour à l'emploi, on constate qu'il existe, pour les deux tiers des cas, une perte de salaire. Sept pour cent des salariés se retrouvent en situation précaire (RMI, sans ressource...).

La difficulté de retrouver un emploi est proportionnelle à la longueur de l'arrêt. : pour une durée d'arrêt de moins de 6 mois, près d'un tiers retrouvent du travail alors que pour un arrêt de plus de 3 ans le pourcentage ne dépasse pas 5 %.

Les personnes handicapées n'éprouvent pas plus de difficultés que les autres à réintégrer le marché du travail.

L'âge moyen du licenciement pour inaptitude est identique dans les deux sexes. Or, les femmes arrivent plus tard sur le marché du travail que les hommes. L'incidence du travail sur leur santé serait-elles plus précoce ? Nous avons également constaté que la prévalence du licenciement pour inaptitude est plus importante pour elles.

## **CONCLUSION**

Les inaptitudes au poste sont le plus souvent suivies de grosses difficultés de réinsertion professionnelle.

Les pathologies dorsolombaires représentent le plus gros pourcentage des pathologies en cause ; viennent ensuite les pathologies anxio-dépressives et ostéo-articulaires. Il est intéressant de noter que dans la moitié des cas les pathologies en causes sont considérées par les médecins comme ayant une origine professionnelle ; les pathologies anxio-dépressives arrivent en tête. Il est étonnant de constater l'inadéquation entre la classification SMS et SMR et la réalité. En effet, les facteurs psychosociaux et la manutention ne sont pas repris dans la liste des situations de travail impliquant légalement une surveillance médicale renforcée, alors qu'ils sont très souvent en cause dans les licenciements pour inaptitude et certainement aussi dans un grand nombre de cas de morbidité. Le rôle du médecin du travail ne devrait-il pas être renforcé dans l'entreprise pour prévenir ces pathologies : pénibilité des postes, organisation du travail, facteurs psychosociaux... ?

Nous avons constaté qu'un tiers seulement des salariés licenciés suite à une inaptitude retrouve un emploi et nous avons été interpellés dans plusieurs cas par l'évolution vers une grande précarité et des difficultés psychologiques. Une action plus poussée pour faciliter le maintien dans l'emploi ne serait-elle pas nécessaire ? Une collaboration plus étroite avec les autres instances (employeurs, CAP emploi) avant la déclaration d'inaptitude, par exemple au moment de la visite de pré-reprise, ne serait-elle pas utile ?

Cette collaboration pourrait également faciliter l'orientation vers une formation dont on a vu l'efficacité dans le retour à l'emploi.

Enfin, devant le sentiment d'abandon, devant les démarches à accomplir après le licenciement, nous sommes amenés à penser qu'un accompagnement social personnalisé plus adapté serait à envisager. L'étude de Robert[1] et de l'ACMS [11] mettent aussi en évidence l'importance de l'accompagnement social. Le retour à l'emploi est fortement corrélé avec l'investissement en temps qui lui est consacré par les préventeurs

## **REMERCIEMENTS**

Nous remercions l'ensemble des participants à cette étude : Mrs. Berthet et Bousquet, professeurs agrégés de mathématiques du département de statistique et de traitement des données de l'IUT d'Avignon et les étudiants de l'IUT qui ont participé à l'élaboration du questionnaire et à l'analyse statistique des données de notre étude, Mme G. BRAHIC, infirmière de santé au travail, les assistantes de nos services, les 24 médecins des services de santé au travail d'Avignon, Carpentras, Orange et Cavaillon qui ont participé à l'étude.

## **Références**

1. ROBERT A., PROST G. Salariés de plus de 50 ans. Causes de leur inaptitude au poste de travail - Leur devenir. Documents pour le médecin du travail, 1989 ; 40 : :327-331.
2. PARIS M., DANG TRAN P., LIBERT B. Inaptitudes au poste de travail. Bilan et analyses d'un exercice annuel dans un service interentreprises. Documents pour le Médecin du Travail ; 1991 ; 47 : pages 251-255.
3. VIOLA A., MÉTAYER L. Portrait type des inaptés définitifs dans le Var en 1996. Arch Mal Prof ; 1999 ; 60 ; : 760-767. 4.
- GOURDON M., RÉGEARD E. Devenir socioprofessionnel des salariés déclarés inaptés par le médecin du travail. Arc Mal Prof, 1999, 60, 2, pages 136-138

5. CLAUDE MP, PIRLOT M-P. Inaptés et après ?Arcs Mal Prof En ;63, ; 2002 :. 245-247
6. LAVENAIRE E., VANTARD P., MOURETD., TORTELLIER L., VERGER C. Étude des inaptitudes au poste de travail en Bretagne. Arc MalProf, 2002 ;. 63 ; 6 :, pages 475-476.
7. BRASSEUR G Action Sociale des CRAM. Le Maintien dans l'entreprise. Travail et Sécurité, 2003 ; 633, pages 23-33.
- 8 VILAINE C., KESSELRING C Enquête sur le devenir des salariés ayant fait l'objet d'un avis médical d'inaptitude totale permanente à leur poste de travail. Présentation du protocole et premiers résultats. Arch Mal Prof Env ; 65, ; 2-32004 :. 228 -9.
9. ALCOUFFE J., BRUNO F., CAZALI N., GAL A., KESSELRING C., LAM L.,MONTÉLÉON P.Y., MUNIER A., ÖZKANRABRETE., PAQUET C., SAUVAGERE J., VILAINEC. Enquête sur le devenir des salariés ayant fait l'objet d'une déclaration médicale d'inaptitude totale permanente à leur poste de travail, Présentation du protocole et premiers résultats. Cahiers de Médecine Interprofessionnelle (CAMIP), 2004 ; 3 295-304.

10

INSEE. Recensement mars 1999. Disponible sur :

[http://www.recensement1999.insee.fr/FR/ST\\_ANA/D84/EMPTABEMP1EEMP1EA8FR.html](http://www.recensement1999.insee.fr/FR/ST_ANA/D84/EMPTABEMP1EEMP1EA8FR.html)

## ANNEXES

### 1. Questionnaire adressé aux salariés

#### RESERVE A L'ADMINISTRATION

1 : Dossier :

2 : Médecin :

3 : Service :

4 : Date de l'inaptitude :

5 : Entreprise :

6 : Emploi :

#### QUESTIONNAIRE INDIVIDUEL

7 : A quel âge avez vous commencé à travailler

8 : Quelle est la date d'entrée dans cette entreprise

9 : Avant l'inaptitude, étiez-vous en arrêt de travail ?

1. Oui                       2. Non

10 : Si oui, quelle a été sa durée ?

1. 1 à 6 mois       2. 7 à 12 mois       3. 1 à 3 ans

4. Plus de 3 ans

11 Etiez vous reconnu travailleur handicapé avant l'inaptitude ?

1. Oui                       2. Non

12 : Si oui :

1. Catégorie A       2. Catégorie B       3. Catégorie C

13 : Etiez vous reconnu en invalidité par la sécurité sociale avant l'inaptitude ?

1. Oui                       2. Non

14 : Si oui :

1. 1ère catégorie  2. 2ème catégorie  3. 3ème catégorie

15 : Quelles ont été les suites immédiates de l'avis d'aptitude ?

1. J'ai été licencié  
 2. J'ai pris ma retraite  
 3. J'ai démissionné  
 4. J'ai été reclassé dans mon entreprise  
 5. Autre

16 : Si autres : précisez :

17 : Avez-vous bénéficié d'une formation professionnelle ?

1. Oui  2. Non

18 : Si oui : laquelle ?

19 : Lors de l'inaptitude, avez vous été en contact avec les organismes suivant ?

1. ANPE  2. Cap emploi  
 3. Prud'hommes  4. Cotorep  
 5. Inspection du travail  6. Assistante sociale  
 7. Autres

20 : Si autres, précisez

21 : En cas de départ de l'entreprise, avez vous retrouvé un emploi ?

1. Oui  2. Non

22 : Si oui, quel emploi ?

23 : Pensez vous que cet emploi est adapté à votre état de santé ?

1. Oui  2. Non

24 : Quel est le type de contrat ?

1. CDI     2. CDD     3. intérim

25 : Après combien de temps avez vous retrouvé cet emploi ?

26 : Le nouvel emploi a-t-il entraîné une perte de salaire ?

1. Oui                     2. Non

27 : Si vous n'avez pas retrouvé d'emploi, quelle est votre situation ?

1. chômage    2. Retraite    3. RMI    4. Autres

28 : Si autres, précisez

29 : A votre avis, le reclassement était-il possible dans votre entreprise ?

1. Oui                     2. Non

30 : La décision du médecin du travail vous paraît-elle adaptée à la situation ?

1. Oui                     2. Non

31 : Commentaires :

2. Questionnaire réservé aux médecins

Dossier :

PATIENT

1 : Année de naissance :

2 : Sexe

1. Féminin                     2. Masculin

3 : Catégorie socio professionnelle

4 : Code NAF de l'entreprise :

5 : Secteur de l'entreprise :

6 : Taille de l'entreprise :

1. De 0 à 10 salariés

- 2. De 11 à 50 salariés
- 3. De 51 à 300 salariés
- 4. Plus de 301 salariés

PATHOLOGIE

7 : Pathologie à l'origine de l'inaptitude :

8 : CIM 10 :

9 : Quelle est l'origine de l'inaptitude au poste ?

- 1. Maladie
- 2. Maladie professionnelle
- 3. Accident du travail
- 4. Accident de trajet
- 5. Autre

10 : Si autre, précisez :

11 : Selon vous, la pathologie est-elle une conséquence du travail ?

- 1. Oui
- 2. Non

12 : Commentaire

13 : Y a-t-il eu visite de pré-reprise à la demande du salarié ?

- 1. Oui
- 2. Non

14 : Y a-t-il eu visite de pré-reprise à la demande du médecin traitant ?

1. Oui

2. Non

15 : Y a-t-il eu visite de pré-reprise à la demande du médecin conseil ?

1. Oui

2. Non

16 : Délai entre la visite de pré-reprise et la date de l'inaptitude (en mois) :